

УДК 616-0564-02-07

*Н.М. Каспрук***МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ НА БУКОВИНІ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У статті розглянуті етіологічні чинники алергічних захворювань на Буковині та дана оцінка додаткової діагностичної інформації щодо характеру харчової сенсibilізації у пацієнтів на харчову алергію (ХА).

Ключові слова: харчова алергія, діагностика.

Вступ. У структурі алергічних хвороб значну частку (0,5 до 30 %) становить харчова алергія (ХА) [5]. Ця проблема привертає пильну увагу вчених і лікарів протягом багатьох років, що пов'язано з гетерогенністю клінічних і патогенетичних форм даної патології. Одним із питань, яке потребує більш точного вирішення, є достовірність діагностики ХА [1]. Наявність подібних за клінічними проявами ІgЕ-опосередкованих і не ІgЕ-опосередкованих реакцій гіперчутливості до харчових антигенів, а також можливість їх поєднання в одного хворого ускладнює діагностичний пошук. Між тим успіх дієтотерапії при ХА залежить, у першу чергу, у виявленні причинно-значущих алергенів. Згідно із сучасними уявленнями, діагностика ХА базується на аналізі анамнестичних даних, результатах оцінки клінічних проявів, специфічного алергологічного обстеження, ефекту діагностичної елімінаційної дієти [6, 8]. Іноді анамнестичних даних може бути достатньо для постановки діагнозу, однак у випадках хронічного рецидивного перебігу захворювання, визначити причиннозначимий продукт на підставі даних анамнезу вдається тільки в 30-40 % випадків [3]. Прийнято вважати, що, проаналізувавши алергоанамнез і особливості клінічної картини захворювання, лікар може зробити висновок про можливі причиннозначущі алергени та тригерні фактори, а також про патофізіологічні механізми (ІgЕ-опосередковані або не ІgЕ-опосередковані реакції) [8].

Крім істинної ХА, трапляються:

1) підвищена чутливість до нехарчових алергенів, що надходять разом із продуктами харчування, у тому числі: барвники (тартразин), ароматизатори, консерванти (бензойна кислота), антибіотики, добавки, що використовуються для очищення питної води (солі алюмінію, хлору, фтористі сполуки). Можливість традиційних методів алерготестування в таких випадках обмежена;

2) неалергічна харчова гіперчутливість. Порушення морфофункціонального стану травного тракту внаслідок запальних процесів можуть сприяти формуванню ХА або неалергічних реакцій [5].

Інформативність методів визначення рівня специфічних ІgЕ у сироватці крові для різних алергенів не однакова. Так, рівні специфічних ІgЕ дають не більше 10 % хибнопозитивних результатів по відношенню до алергенів коров'ячо-

го молока, курячого яйця, арахісу. Для білків сої та пшениці хибнопозитивні результати становлять 50 % і 25 % відповідно [3]. Однак оскільки харчова гіперчутливість далеко не завжди є ІgЕ-опосередкованою, зрозуміло, що інформативність її є лише частковою. Тому й шкірні проби недостатньо ефективні для діагностики ХА. Відомо, що гастроінтестинальна харчова алергія частіше буває, зумовлена не ІgЕ-опосередкованими реакціями, тому діагностичне значення визначення специфічних ІgЕ, а також шкірних проб у такому випадку більш низька, ніж у хворих з atopічним дерматитом [7]. Зберігають свою актуальність такі дієтологічні методи діагностики, як елімінаційна і провокаційна проби. У даний час прийняті терміни – діагностична (або пробна) елімінаційна дієта і відкрита провокаційна проба [7]. Діагностичні елімінаційні дієти широко застосовуються в тих випадках, коли симптоматика має тривалий характер, а підозрюваний продукт відноситься до щодня вживаних продуктів харчування. Точність даного методу може бути обмеженою низкою причин: неповним виключенням обраних продуктів, що містять причиннозначущі алергени, недостатньою тривалістю елімінаційної дієти, дією додаткових тригерних факторів (бактеріальні, вірусні, грибові збудники).

Новим у специфічній діагностиці, що стало доступним нашому регіоні для не ІgЕ-опосередкованої харчової гіперчутливості, є визначення рівня ІgG. При ХА відбувається активація клітинної ланки імунітету, у результаті якої посилюється синтез не тільки ІgЕ, але і ІgG1 і ІgG4 антитіл. Роль ІgG вище у випадках алергії, що пов'язана з високим рівнем перорального надходження алергену, на відміну від інгаляційної алергії, пов'язаної з низьким рівнем експозиції алергену [8]. Вважається, що ІgG1 пов'язані із запальними реакціями Th1 типу, а ІgG4 асоційовані з ІgЕ і Th2-відповіддю відповідно [2]. Основна функція ІgG4 антитіл пов'язана з елімінацією чужорідних білків з організму, тому збільшення рівня специфічних ІgG4-антитіл, зазвичай свідчить про наявність надлишкової та тривалої антигенної стимуляції. У зв'язку з цим збільшення цих показників є інформативними при плануванні лікувальної елімінаційної дієти та контролі за її ефективністю [6]. Патогенетична роль ІgG більша за гастроінтестинальної харчової гіперчутливості [4,9].

Мета дослідження. Вивчення етіологічних чинників алергічних захворювань на Буковині та оцінка діагностичної цінності зміни рівнів специфічних IgG щодо характеру харчової сенсibilізації у пацієнтів на харчову алергію.

Матеріал і методи. Нами проаналізовані сенсibilізувальні фактори щодо прояву алергічних захворювань у 186 пацієнтів, які були проконсультовані та обстежені в поліклінічному та пульмоно-алергологічному відділеннях ОКЛ (м. Чернівці) за період 2012-2014 років. Серед них ми відібрали 40 пацієнтів віком від 16 до 36 років з анамнестичними даними щодо ХА. Верифікація харчової сенсibilізації проводилась шляхом:

1) вивчення алергологічного анамнезу, даних харчового щоденника, отримання позитивної динаміки під час утримання елімінаційної дієти;

2) проведення шкіряних прик-тестів згідно із Наказом МОЗ АМН України №127/18 додаток 1 «Інструкція про порядок проведення скринінгу алергічних захворювань»;

3) визначення специфічних IgE та Ig G4 методом ІФА;

4) визначення загального IgE методом ІФА (у лабораторіях «Синево», «Ескулаб», м. Чернівці).

Результати дослідження та їх обговорення. За даними звернення в поліклінічне та пульмоно-алергологічне відділення ОКЛ за 2012-2014 рр., поширеність ХА серед інших видів алергічних захворювань становить 21,5% (рис. 1).

При оцінці клінічних проявів харчової сенсibilізації (ХС), залежно від її тривалості, виявлено, що в більшості обстежених мали місце ураження ШКТ та шкіри, респіраторні ознаки приєднувалися декілька пізніше. При тривалості ХС більш, ніж три роки, частота ураження декількох органів чи систем ($p < 0,05$) збільшувалась. Отже, можливість посилення частоти ураження ПЗ збільшується, з одного боку, прямим ураженням травної системи, з іншого – шляхом впливу інших уражених органів та систем.

Серед обстежених хворих у 19 (47,5 %) осіб виявлено підвищений вміст сироваткового загального IgE (від 120 до 760 МО). Аналіз залежності підвищеного рівня IgE та IgG4 від продуктів харчування дозволив отримати діагностичну інформацію про характер харчової сенсibilізації в обстеженої групи пацієнтів.

Підвищені рівні антитіл класу IgG4 виявлено у 12,6 % осіб. Поєднання IgE- і IgG4-гіперчутливості зазначалося в семи пацієнтів (17,5 % випадків). Ретроспективний аналіз показників специфічних IgE до харчових алергенів дав відсоток позитивних результатів, залежно від виду алергену – від 11,0 до 33,3 %. Перше місце серед харчових алергенів займали цитрусові (28,3 %), друге – томат (27,27 %), третє – суміш злакових алергенів (пшениця, кукурудза, овес, гречка) – 23,08 %, на четвертому був білок яйця



Рис. 1. Питома вага різних етіологічних чинників у розвитку алергічних реакцій, за даними звернення у 2012-2014 рр.

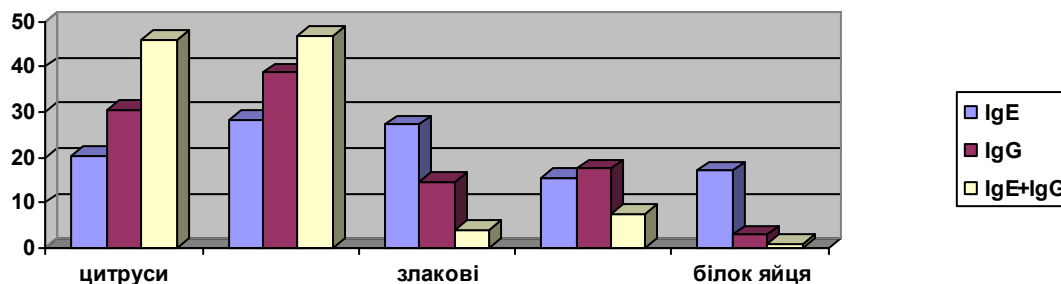


Рис. 2. Розподіл виявленої харчової сенсibilізації за кількістю випадків підвищених IgE та IgG4

та морепродукти (15,52 % та 17% позитивних результатів відповідно) (рис. 2).

У молодших пацієнтів (16-19 років) харчова алергія найчастіше проявлялася до томату (22,2 %), м'яса курки (18 %), моркви (15,38 %), суміші злаків (пшениця, кукурудза, овес, гречка – 16 %), морепродуктів (19 %), яблука (8 %), яловичини (5,5 %), какао (4,5 %), суміші ягід (4,5 %).

У 46,7 % пацієнтів із позитивними результатами на специфічні IgE харчова алергія поєднувалася з іншими видами гіперчутливості. Серед них у 60 % ХА поєднувалася з підвищеною чутливістю до інгаляційних алергенів (пилок рослин, побутові алергени, шерсть тварин).

Висновки

1. Харчова алергія є поширеним захворюванням, що вимагає спільної роботи алергологів, гастроентерологів і лікарів загальної практики.

2. Діагностику харчової алергії залежно від рівня медичної установи слід здійснювати за допомогою клініко-анамнестичного, лабораторного методів досліджень.

3. Окрім IgE, субкласи IgG беруть діагностично значущу участь у патогенезі харчової гіперчутливості. Визначення рівня специфічних антитіл класу G до харчових білків, зокрема підкласу G4 можна рекомендувати при плануванні елімінаційних дієт.

4. При полівалентній харчовій алергії у дорослих на Буковині найбільше патогенетичне значення мають цитрусові, злаки, томати, морепродукти.

5. Програма терапевтичних заходів щодо харчової алергії повинна включати дієтологічну освіту хворих, елімінаційні заходи і фармакотера-

пію. При плануванні індивідуальної гіпоалергенної дієти враховують не тільки етіологічно значущі харчові алергени, але й нехарчові алергени, що надходять разом із продуктами харчування.

Література

1. Казмирчук В.Е. Алергія и псевдоаллергия: пора не путать эти понятия/ В.Е. Казмирчук// Клин. иммунол. Аллергол. Инфектол. – 2008. – № 3/1. – С. 11-15.
2. Кузнецова Л.В. Клінічна та лабораторна імунологія: підручник [для студ. вищ. навч. закл.] / Л.В. Кузнецова, В.М. Фролов, В.Д. Бабіджан. – К.: ООО «Полиграф плюс», 2012. – 922 с.
3. Макарова С.Г. Обоснование и оценка эффективности диетотерапии при пищевой аллергии у детей в различные возрастные периоды.: дис. ...доктора мед. наук: 14.01.03/ Макарова С.Г. – М., 2008. – 364 с.
4. Наринская Н.Н. Клиническое значение пищевой аллергии у детей с хроническими болезнями верхних отделов пищеварительного тракта / Н.Н. Наринская, Р.Г. Артамонов, В.В. Ботвиньева // Педиатрия. – 2006. – № 6. – С. 23-27.
5. Чоп'як В.В. Особливості харчування та IgE-залежна харчова алергія у студентської молоді / В.В. Чоп'як, С.О. Зубченко // Астма та алергія. – 2011. – № 2. – С. 30-35.
6. Юрцева А.П. Сучасні підходи до діагностики харчової алергії у дітей та основні принципи дієтоterapiї / А.П. Юрцева, О.В. Фофанова, Т.В. Лотовська // Пробл. клін. педіатрії. – 2013. – № 3 (21). – С. 40-45.
7. Chapman J.A. Food allergy: a practice parameter / J. Chapman // Annals of Al. Asthma & Immunol. – 2006. – Vol. 96, March. – P. 68-70.
8. Flohr C. How atopic is atopic dermatitis / C. Flohr, S. Johansson, C. Wahlgren // J. Allergy Clin. Immunol. – 2009. – P. 150-158.
9. Sletten GBG. Specific immunoglobulins in cow's milk allergic patient subgroups reveal a shift to IgA dominance in tolerant patients / G. Sletten, R. Halvorsen // Pediatr. Allergy Immunol. – 2007. – P. 71-80.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НА БУКОВИНЕ

Н.М. Каспрук

Резюме. В работе изучены этиологические факторы аллергической заболеваемости на Буковине, дана оценка дополнительных возможностей диагностики пищевой аллергии.

Ключевые слова: пищевая аллергия, диагностика

THE POSSIBILITY OF FOOD ALLERGY DIAGNOSTICS IN BUKOVYNA

N.M. Kaspruk

Abstract. This article studies etiological factors of allergic diseases in Bukovyna region and evaluates additional information on nutritional sensitization nature in patients with food allergies.

Key words: food allergy, diagnostics.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. І.Й. Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 2 (74). – P. 93-95

Надійшла до редакції 20.02.2015 року